Aus der Medizinischen Universitätsklinik Breslau
Direktor: Professor Dr. Gutzeit
Oberarzt: Professor Dr. Parade

Ein Beitrag zur Behandlung des Ulcus ventriculi und duodeni mit Sexualhormonen

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades der
Medizinischen Fakultät
der Universität Breslau

vorgelegt von

Fritz Mutke
Vol. Assistent

Breslau 1939

Druck von Wilh. Gottl. Korn in Breslau

Gedruckt

mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät

der Universität Breslau

---

1. Referent: Prof. Dr. Parade

2. „ Prof. Dr. Bittorf

Dekan: Prof. Dr. Gutzeit

Meinen Eltern
in Dankbarkeit gewidmet

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41542706_0075

Ein Beitrag zur Behandlung des Ulcus ventriculi und duodeni mit Sexual-Hormonen

I.

In dieser Arbeit soll über die Therapie von Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüren mit Sexual-Hormonen berichtet werden.

Pathologisch-anatomisch stellen Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre Substanzverluste der Schleimhaut dar. Sind diese Substanzverluste nur oberflächlich, so spricht man von Erosionen, greifen sie tiefer in die Submukosa oder in die Muskularis, so nennt man sie Ulcera. Das typische Magengeschwür ist schon 1830 von Cruveilhier als Ulcus rotundum beschrieben worden. Nach seinem Verlauf unterscheidet man zwei Formen:

a) das akute,
b) das chronische.

Das akute Geschwür hat einen scharfen Rand „als wäre ein rundes Stück der Magenwand mittels eines Locheisens herausgeschlagen" (Rokitansky). Es verläuft trichterförmig in die Tiefe, wobei meist eine Seite treppenförmig abfällt nach Art einer Terrasse und die andere Seite überhängt.

Das chronische Geschwür zeigt verdickte, narbige, starre Ränder, bedingt durch reaktive Bindegewebswucherung (Ulcus callosum).

Die Heilungstendenz dieser Formen ist verschieden:

Die Erosionen neigen zu rascher Heilung mit einer Restitutio ad integrum.

Das akute Geschwür zeigt eine relativ gute Heilungstendenz. Es heilt ab auf dem Wege der Granulations- und Narbenbildung, unter Hinterlassung strahlenförmiger Narben.

Das callöse Ulcus mit seinem starren, bindegewebig indurierten Rand neigt nur wenig zur Heilung.

Die Lokalisation der Ulcera ist sehr charakteristisch. Nach K. H. Bauer befinden sich vier Fünftel aller Magenulcera an der Magenstraße. Eine Statistik Hausers aus neuerer Zeit zeigt das gleiche Bild:

Kleine Kurve . . .	41,5 %	79,4 %
Hinterwand	12,9 %	
Pars pylorica . . .	25 %	

Im Duodenum sitzen die weitaus meisten Geschwüre in der pars horizontalis und da wieder an der Hinterwand. Dabei sind die Ulcera in Pylorus-Nähe am häufigsten und werden mit zunehmender Entfernung vom Magenausgang immer seltener.

In neuerer Zeit wies Aschoff darauf hin, daß Ulcera vor allem in den Gebieten entstehen, die im Wirkungsbereich des peptisch sauren Magensaftes liegen, an seiner Bildung selbst aber nicht beteiligt sind. Vor allem sind hier die Gebiete besonders anfällig, wo die verschiedenen Drüsengebiete aneinanderstoßen, also an der Grenze der Pylorus- und Corpus-Drüsen (am Angulus) und an der Grenze der Pylorus- und Duodenum-Drüsen (Pylorus-Gebiet, oberer Teil des Zwölffingerdarmes).

Das Ulcus ist vorwiegend eine Erkrankung des jugendlichen und mittleren Lebensalters. Der Häufigkeitsgipfel liegt zwischen dem 20. und 30. Lebensjahre. Eine neuere Statistik von Lehmann fand in 20,2 % aller Sektionsfälle die Spuren peptischer Affektionen am Magen und Zwöffingerdarm. Das Ulcus ist also eine sehr häufige Erkrankung. Männer sind nach klinischen Erfahrungen häufiger davon befallen als Frauen. Interessant ist auch das Verhältnis von Ulcus ventriculi zu duodeni. Während alte Statistiken berichten, daß auf 90 Magengeschwüre 1 Zwölffingerdarmgeschwür käme, verschiebt sich in neuerer Zeit das Verhältnis immer mehr zugunsten des Zwölffingerdarmgeschwüres. Eine Statistik der Bergmann-Klinik zählt dreimal soviel Duodenalulcera wie Ulcera ventriculi. Aus der Volhardschen Klinik wird dieses Verhältnis mit 5,8 : 1 angegeben, eine amerikanische Statistik gibt 4 : 1 an, nach Albrecht verhält sich die Frequenz des Ulcus duodeni zum Ulcus ventriculi wie 6 : 1.

Ein sehr umstrittenes Kapitel ist die Ätiologie der Ulcera. Jede der Theorien bemüht sich, das Entstehen und das Chronischwerden der Geschwüre zu erklären. Dabei stehen die einzelnen Theorien oft im Gegensatz zueinander. Sicher ist, daß an jeder Theorie etwas Wahres ist und daß die Entstehung eines Ulcus ein sehr komplexes Geschehen ist, wobei bald das eine bald das andere Moment mehr in den Vordergrund tritt.

Cruveilhier, der 1830 das typische Ulcus rotundum beschrieb, brachte es in Zusammenhang mit einer gleichzeitig bestehenden Gastritis.

Aschoff hat eine mechanisch-funktionelle Lehre aufgestellt. Er geht davon aus, das kleine hämorrhagische Erosionen bzw. Geschwüre im Fundusteil leicht abheilen, dagegen in der Magenstraße und vor allen Dingen in der Magenenge nicht. Hier werden sie chronisch, weil die Gewebsverluste klaffend erhalten, viel länger mit dem Magensaft in Berührung bleiben und bei den peristaltischen Bewegungen mechanisch stärker geschädigt werden.

K. H. Bauer erklärt das Ulcus auf Grund entwicklungsgeschichtlicher Disposition. Die Magenstraße stelle einen Rest der Schlundrinne dar. Sie sei ein phylogenetisch regressives Organ. Diese Schlundrinne komme bei Wiederkäuern usw. mit dem Sekret des Verdauungsmagens nicht in Berührung. Ihr rudimentärer Rest sei beim Menschen zwar in den Magen einbezogen, habe aber die Eigentümlichkeiten der Schlundrinne beibehalten, insbesondere eine straffere Anheftung der Schleimhaut und eine eigenartige und mit weniger Anastomosen versehene Gefäßversorgung (Heimberger). So sei die Bereitschaft gerade dieser Gegend für das Entstehen und Chronischwerden der Geschwüre zu verstehen, zumal nach Aschoffs Lehre ja gerade dort die mechanischen Momente sich am stärksten auswirken. Nach dieser Theorie wäre das Ulcus also eine reine Lokalerkrankung.

Konjetzny rückt die Gastritis in den Vordergrund. Sie ist seiner Ansicht nach das Primäre und auf ihrem Boden entwickeln sich Erosion und Ulcus. Dabei spiele die peptische Verdauung durch den Magensaft gar keine Rolle. Sicher ist, daß die Gastritis für die Entstehung eines Ulcus sehr wesentlich ist, jedoch ist es mit der Gastritis-Hypothese allein nicht abgetan, denn Carcinom- und andere Gastritis-Mägen zeigen keine Neigung zur Ulceration (Otfried Müller). Außerdem berichten Gutzeit und Teitge auf Grund ihrer gastroskopischen Untersuchungen, daß ein sicherer Beweis dafür, daß die Gastritis die direkte Ursache für die Ulcusentstehung sei, bisher nicht erbracht wäre. Gastritis und Ulcus seien nicht einfach Ursache und Folge, auch nicht Grundkrankheit und Komplikation, sondern sie müßten ihre gemeinsame Ursache in einer übergeordneten Störung haben. Weiter berichten sie, daß die Gastritis oft räumlich weit entfernt vom Ulcus sei, also mit dem Geschwür direkt nicht in Zusammenhang stehe.

Quinke und Büchner betonen gegenüber der Konjetznyschen Theorie, daß das Ulcus ein Ulcus-pepticum sei, also entstanden durch Andauung durch den Magensaft. Diese Theorie wird stark gestützt durch die Tatsache, daß Ulcera nur dort entstehen,

wo peptisch-saurer Magensaft vorhanden ist, also im Magen, im unteren Teil des Ösophagus, im Bulbus duodeni, im Meckelschen Divertikel in Beziehung zu dort vorkommenden Schleimhautinseln und schließlich operativ bedingt, durch die Gastroenteroanastomie dort im Dünndarm, wo physiologischerweise Magensaft nie hinkommt. Deshalb wird die GE. ohne Resektion des Magens heute abgelehnt, weil fast alle Fälle ein Ulcus pepticum Jejuni bekommen (K. H. Bauer). Bei dieser peptischen Andauung handelt es sich um eine Ätzung des Gewebes, die histologisch als fibrinoide Nekrose erscheint. Allerdings sind als Ausnahme auch Fälle beschrieben, wo Ulcera in achylischen Magen beobachtet wurden (Gutzeits Magenulcus bei perniziöser Anämie). Dabei ist allerdings die Möglichkeit nicht völlig auszuschließen, daß zur Zeit der Entstehung des Geschwüres doch saurer Magensaft die Ursache war.

Wenn also die peptische Andauung unbedingt zur Entstehung eines Ulcus notwendig ist, so ist sie sicher aber wieder nicht die alleinige Ursache, denn normalerweise ist die gesunde Magenwand auf die Berührung mit Salzsäure-Pepsin eingestellt. Das Gewebe muß also erst irgendwie geschädigt sein, damit es der Selbstverdauung anheimfallen kann. Als schädigende Noxen kommen Vitaminmangel, hormonale Disfunktion, Schädigung durch Nikotin, Blei, Urämie usw. in Frage. So verschieden diese schädigenden Noxen auch sein mögen, sicher ist, daß im Mittelpunkt eine Störung der Durchblutung, also eine Störung der normalen Gewebeernährung steht.

Virchow (1853) hielt den Infarkt, also die grobe Verstopfung eines Blutgefäßes für ursächlich. Dieser Infarkt sollte zur Nekrotisierung mit nachfolgender Andauung des nekrotischen Geschwüres führen.

Hauser (1883) hat diese Theorie übernommen und erweitert.

Bennecke (1878) sprach die Ansicht aus, daß nervös bedingte Gefäßkrämpfe zum Ulcus führen können. Hierfür spricht die Tatsache, daß man durch Eingriffe am Nervensystem bei Tieren echte Ulcerationen erzeugen konnte.

Roessle trat 1912 mit seiner Theorie der „zweiten Krankheit" hervor. Er sieht das Entstehen des Ulcus als Folge reflektorischer Nervenreize bei anderen abdominellen Erkrankungen, z. B. Cholelithiasis, Appendicitis oder dgl. an.

v. Bergmann rückt das Ulcusproblem 1913 durch seine Spasmentheorie in ein neues Licht. Er löst die ganze Frage von der Lokalerkrankung und hebt sie in die große Gruppe der konstitutionell-dispositionellen Erkrankungen. Er weist auf Ulcusfamilien, auf Ulcustypen hin, worunter er die „Vegetativ Stigmatisierten", die leicht hyperthyreoiden, vegetativ und endokrin labilen Menschen

versteht. Dann erscheint der konstitutionelle Faktor in neuem Licht, desgleichen auch die Erblichkeit der Erkrankung. „In diesen ätiologischen Momenten liegt nicht nur dispositionelles, sondern gerade auch Disposition auf ererbter Grundlage, also Erbkonstitution. Klinisch ist kein Zweifel möglich, daß es Ulcusfamilien gibt" (v. Bergmann). Das Ulcus wäre dann eine Reaktionsform dieser vegetativ disharmonisch angelegten Patienten. Bei anderen führt sie vielleicht zur Migräne, zum Asthma, zur Angina pectoris vasomotorica, zur roten Hypertonie und ähnlichem mehr. „Immermehr hat deshalb auch die Ulcustherapie sich von der Therapie der älteren Behandlung einer Schleimhautbehandlung, etwa eine Hautbehandlung, zu entfernen. Immer stärker muß deshalb der Wunsch propagiert werden, im Gesamtorganismus umstimmend zu wirken" (v. Bergmann). Nach Gutzeit soll der Dermatologie nicht eine Mukologie des Magendarmkanals an die Seite gestellt werden. Ziel unserer Behandlung soll der Gesamtorganismus sein, nicht die erkrankte Schleimhautoberfläche.

Durch die Kapillarmikroskopie ist es möglich geworden, die feinsten Blutgefäße des Menschen zu sehen. Otfried Müller ist es gelungen, bei Ulcuskranken tatsächlich schwere Kapillarveränderungen zu finden. Damit besteht die Möglichkeit, die zunächst anatomisch sonst nicht faßbare Betriebsstörung des Gesamtorganismus zu sehen, die dann zum groben makroskopischen Lokalbefund führen kann. Otfried Müller hat gezeigt, daß das Ulcus tatsächlich auf Gefäßanomalien beruht, oder aber wenigstens Kranke mit Lenkstörungen der Gefäße betrifft. An der Magenschleimhaut Ulcuskranker sahen Müller und Heimberger schwere Atypien in Bau und Funktion der feinsten Gefäße im Gegensatz zum Gesunden, starke Schlängelungen, spastische Kontraktionen neben Aneurysmen bzw. varizenartigen Erweiterungen an den Kapillaren sowohl wie an den feinsten Arterien und Venen, Neigung zu Stasenbildung, wildphantastische Gefäßbäume mit deutlichen Verengungen und Erweiterungen der Äste. Zwischen allen diesen Abnormitäten wieder weite Strecken mit durchaus regelrechter und typischer Gefäßanordnung. Vergleiche mit Magen Hingerichteter ergaben, daß die geschilderten Erscheinungen am Gefäßapparat abnorm sind. Die stärksten Gefäßveränderungen befanden sich entlang der Magenstraße und in Pylorusnähe, womit Otfried Müller die Häufigkeit der Lokalisation der Ulcera in dieser Gegend erklärt. Auch Schomberg bestätigt diese Befunde an der Magenschleimhaut Ulcuskranker unabhängig von O. Müller. „In allen Ulcusfällen befanden sich ausnahmslos Kapillarveränderungen im Sinne der vasoneurotischen Diathese Müllers" (Schomberg). Aber nicht nur an der Magenschleimhaut, sondern auch an anderen Schleimhäuten wie Conjunktiva, Lippe,

Zunge, Blase, Rectum, ja sogar an der äußeren Haut gelang Müller der Nachweis der schweren Kapillarveränderungen bei Ulcuskranken. Müller kommt deswegen zu dem Schluß, daß Störungen im Betriebe der gesamten Gefäßsteuerung als „erste Krankheit" die Vorbedingungen für das Entstehen der „zweiten Krankheit" in Gestalt von Geschwüren gelegentlich schon im Ösophagus und dann vor allen Dingen am Magen und Duodenum schaffen. „Die Ulcusentstehung ist letzten Endes ein Gefäßproblem" (O. Müller). „Nur ein optimal durchblutetes Organ vermag ohne Eigenschädigung seine Leistung den Ansprüchen genügend anzupassen. Durchblutungsstörungen müssen die Leistungsfähigkeit herabsetzen und zur Organschädigung führen" (Gutzeit).

Die Entstehung eines Ulcus ist nach allen diesen Theorien ein sehr komplexes Geschehen, wobei bald dieses bald jenes Moment stärker in den Vordergrund tritt. Im Mittelpunkt steht aber doch die mangelhafte Blutversorgung, die gestörte Ernährung des Gewebes. v. Bergmann sagt hierzu: „Offensichtlich wirken eine Reihe von Momenten zusammen, damit ein Ulcus entsteht. Grundlage ist immer das Vorliegen einer Ernährungsstörung."

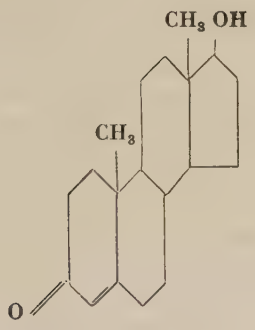
II.

Wenn die Ulcus-Entstehung letzten Endes wirklich ein Gefäßproblem ist, so lag es nahe, den Versuch zu unternehmen, Ulcera mit gefäßwirksamen Stoffen zu behandeln. In letzter Zeit interessiert sehr die Gefäßwirkung der Sexualhormone.

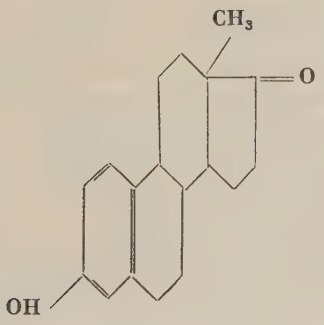
Zunächst sei eine kurze Übersicht über die Entwicklung der Sexualhormonfrage vorweggenommen.

1780 stellte Hunter einen wachstumsfördernden Einfluß von Hodenextrakten fest. 1849 zeigte Berthold, daß die nach Kastration von Hähnchen einsetzenden Ausfallserscheinungen durch Wiedereinpflanzung von Hoden zu beheben sind. Später erregten Selbstversuche Brown-Sequards (1889) allgemeines Aufsehen, der nach Injektion von Hodenextrakten eine allgemeine Leistungssteigerung an sich selbst beschrieb. Es folgten Arbeiten Steinachs, der durch Vasoligatur die innersekretorische Tätigkeit altersschwacher Hoden zu neuer Tätigkeit anregte. 1931 gelang es Butenandt und Tscherning erstmalig aus dem Harn geschlechtsreifer Männer reines männliches Sexualhormon zu isolieren und seine chemische Konstitution aufzuklären. 1934 wurde dieses Hormon — Androsteron — von Ruzicka synthetisch hergestellt. 1935 ent-

deckte Laqueur ein zweites männliches Sexualhormon — Testosteron — das auch bald chemisch hergestellt wurde. Testosteron hat die Formel:



Auch die Entdeckung der weiblichen Sexual-Hormone ging rasch vonstatten. 1929 stellte Butenandt und unabhängig von ihm Doisy in Amerika Follikelhormon kristallinisch her. Es hat die Formel:



Bereits 1934 konnte Butenandt auch die chemische Struktur des Corpus-luteum-Hormons aufklären und es kristallinisch herstellen. Es folgte bald die synthetische Darstellung der Sexualhormone, wodurch sie der Therapie stärker zugeführt werden konnten.

Chemisch enthalten alle Keimdrüsenhormone, sowohl die männlichen als auch die weiblichen, als Grundskelett den Viererring des Zyklopentanperhydrophenanthrens. Damit sind sie eng verwandt mit den Sterinen, vor allem mit dem Cholesterin, weiter findet

sich das chemische Grundgerüst der Keimdrüsenhormone in den Digitaliskörpern, der Uzara, dem Vitamin D, dem A. T. 10. Es gelang Schoeller bereits aus dem Cholesterin männliche Sexualhormone darzustellen. Ebenso gelang die Herstellung aus Pflanzensterinen, weiter weibliche Sexualhormone in männliche umzuwandeln. So ist es vielleicht auch im Organismus möglich, daß männliche Sexualhormone in weibliche umgewandelt werden und umgekehrt. Für die weiblichen Sexualhormone steht es fest, daß sie fern vom Ort ihrer Entstehung vasoaktiv sind. Erwähnt sei nur die bis zur Blutung gesteigerte Hyperämie der Uterus-Schleimhaut. Im Prämenstruum beobachtete Otfried Müller kapillarmikroskopisch eine deutliche Erweiterung der feinsten Gefäße der Haut. Oft wird das Rumpel-Leedesche Phänomen in dieser Zeit positiv. Bei besonders labilen Patienten können spontan Neuropathenflecke auftreten, auch kann es zu „vakiierenden" Periodenblutungen aus Darm und oberen Luftwegen kommen, welche die allgemein erhöhte Blutungsbereitschaft zum Ausdruck bringen und die Regelsberger auch beim Manne beschrieb. „Das Follikulin ist fraglos ein vaso-aktiver Körper, dessen Bedeutung in der Praxis nicht unterschätzt werden sollte. Es erweitert den feinsten Gefäßabschnitt nicht nur in der Uterus-Schleimhaut, sondern auch im Bereich des ganzen Beckens, ja im Bereich der Haut" (O. Müller). Für das männliche Hormon sind die vasoaktiven Wirkungen nicht so eindeutig beschrieben. Da es dem weiblichen Hormon chemisch jedoch sehr ähnlich ist, dürfte es ebenfalls vasoaktiv sein. Neuere Arbeiten haben diese zunächst nur vermutete Vasoaktivität männlicher Sexual-Hormone bestätigt (Nydahl). Andererseits scheidet auch der Mann ständig östrogene Substanzen aus und es ist deshalb klinisch nicht leicht, eine klare Trennung der Wirkung dieser beiden Hormongruppen vorzunehmen.

In letzter Zeit sind nun einige Arbeiten über die Therapie mit Sexualhormonen erschienen, die die allgemein gefäßerweiternde Wirkung zeigen.

Teitge behandelte Ulcera cruris mit Progynon und Proviron mit gutem Erfolg. Desgleichen sah er gute Erfolge bei der Endarteriitis obliterans, die er mit Follikulin behandelte. Die Hormontherapie ist seiner Ansicht nach derart ausgezeichnet, daß sie jeder anderen Therapie bei diesen Erkrankungen unbedingt vorgezogen werden muß. Dabei wirken die Sexualhormone seiner Erfahrung nach nicht geschlechtsspezifisch, sondern auch auf das andere Geschlecht. Arndt behandelte mit Testoviron periphere Gefäßspasmen und die Angina pectoris mit gutem Erfolg. Scherf sah eine Besserung der Coronarinsuffizienz auf Grund wiederholter Ekg.-Kontrollen. Mac Grath sowie Ratschow und Klostermann konnten mit

geschlechtseigenen Hormonen künstlich gesetzte Gynnergennekrosen am Rattenschwanz verhüten. Vogt berichtet über erfolgreiche Behandlung peripherer Durchblutungsstörungen mit Follikelhormonen. Er ist der Ansicht, daß das Follikelhormon direkt vasoaktiv wirkt, das männliche Sexualhormon erst nach Umformung. Er kommt zu dem Schluß, daß man weibliche Patienten mit weiblichen Sexualhormonen behandeln müßte, männliche Patienten wahlweise mit männlichen oder weiblichen Hormonen. Nydahl sah seine Vermehrung der Kapillarschlingen am Nagelpfalz bis zu 63 % des Ausgangswertes bei intramuskulärer Verabreichung von Testoviron und Progynon wahlweise bei beiden Geschlechtern. Außerdem beobachtete sie eine Senkung des Blutdruckes. Bernhardt stellte ein Ansteigen der Hauttemperatur bis zu 8^0 und eine Senkung des Blutdruckes fest bei intramuskulärer Verabfolgung von Progynon sowohl in geschlechtsgleichgerichteter als auch in geschlechtsentgegengesetzter Richtung. Sausse bestätigte diese Angaben bei perkutaner Anwendung von Progynon, wobei auch in seinen Versuchen Progynon geschlechtsunspezifisch wirkte. v. Zarday schreibt dem Follikelhormon eine allgemein vasodilatatorische Wirkung zu, die unmittelbar auf die kontraktilen Elemente der Gefäße wirkt. Kun und Borchardt stellten neben einer rein geschlechtsspezifischen Funktion auch Wirkungen unspezifischer Art, also auch auf das andere Geschlecht bei Injektion von Progynon fest. Sie sahen bei männlichen senilen Ratten eine Verdichtung des Haarkleides und eine bedeutende Zunahme von Hämoglobin und der Erythrocyten. Es sind noch eine Reihe anderer Arbeiten erschienen, die sich mit den Erfolgen der Sexualhormon therapie bei Hochdruck (Brugsch, Marx, Munk, Dennig) bei Angina pectoris (M. Hochrein), bei Raynaud (Schneider) befassen.

Über die Heilung von Magengeschwüren durch Follikelhormon berichtet Korbsch. Er sah gute Erfolge bei Gastritiden und Magengeschwüren, wenn er Frauenblut injizierte. Diese Tatsache veranlaßte ihn als wirksames Prinzip im Frauenblut das Follikulin anzunehmen. Deshalb behandelte er Ulcera ventriculi und berichtet über gute Erfolge. Eine ähnliche Arbeit veröffentlichte Schulz, nur daß er sehr kleine Hormonmengen injizierte. Vor kurzer Zeit erschien eine Arbeit von Boggian, der die Follikelhormontherapie mit Ascorbinsäure und Natrium-Benzoat kombiniert. Er berichtet, daß bei dieser Behandlung der Heilungserfolg sowohl der Magen- als auch der Zwölffingerdarmgeschwüre ausgezeichnet war.

Diese Arbeiten veranlaßten uns, eine größere Anzahl von Patienten in der Breslauer Medizinischen Klinik, die an Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüren litten, mit Sexualhormonen zu behandeln. Zur Verwendung gelangten die Präparate von Schering

A. G., Progynon B oleosum und Progynon forte sowie Testoviron. Progynon ist chemisch reines Follikelhormon, Testoviron ist Testosteron-Propionat.

Im folgenden gebe ich Auszüge der Krankengeschichten kurz wieder.

Fall 1:

K. F., 37 Jahre alt, Schiffer. Familienanamnese: Großvater mütterlicherseits ist mit 55 Jahren an Magencarcinom gestorben. Seine Eltern sind gesund. 9 Geschwister leiden alle etwas an Magenbeschwerden (!). 2 Kinder sind gesund. Eigene Anamnese: Mit 25 Jahren erkrankte der Patient an starken Kopfschmerzen und Schwindelanfällen. Die Anfälle traten besonders nach dem Essen auf und dauerten 1—2 Stunden. Nach künstlichem Erbrechen ließen die Kopfschmerzen nach. Es wurde damals ein nervöses Magenleiden festgestellt und der Patient behandelt. Erneut traten die Beschwerden vor 11 Jahren auf. Behandlung unter der Diagnose Gastritis. Seit 3 Jahren wieder stärkere kolikartige Schmerzen im Oberbauch, die seit 14 Tagen besonders heftig sind. Die Schmerzen treten etwa ½ Stunde nach den Mahlzeiten auf, besonders nach Hefegebäck und fettem Fleisch. Die Schmerzen strahlen angeblich nach der Brust aus. Aufnahmebefund am 4. August 1937: Appetit schlecht, Zunge belegt, Stuhlgang unregelmäßig, Druckschmerz unterhalb des Proc. x. Im Stuhl Sanguis positiv. BSR. 12/28, Magensäurewerte 37/52. Im Magensaft Sanguis negativ. Röntgenbefund vom 5. August 1937: Langer Hakenmagen mit außerordentlich breiten und wirren Falten. Im Antrum deutliche Querfaltenbildung. An der kleinen Kurvatur, dicht oberhalb der Angulus, ein fast daumenkuppengroßes Ulcus mit deutlichem Schwellungsring und einstrahlenden Falten. Bulbus o. B. Auf den Serienaufnahmen ist ein daumenkuppengroßes Ulcus mit deutlichem Schwellungsring an der bei der Durchleuchtung beschriebenen Stelle dargestellt, auf das die Falten einstrahlen. Auf eigenen Wunsch wird der Patient ohne Behandlung entlassen. Er kommt erneut zur Aufnahme am 24. August 1937. Therapie: Sondenernährung, Leube-Diät, Atropin. Unter der Behandlung bessern sich die Beschwerden bis zur Schmerzfreiheit. Entlassung am 2. Oktober 1937. Röntgenbefund: In der kleinen Kurve sieht man noch einen Faltenstern, das Ulcus ist restlos abgeheilt. Das Schleimhautrelief ist etwas verbreitert und deutlich geschummert. Klinisch besteht völlige Beschwerdefreiheit. Erneute Aufnahme am 17. Juni 1938. Zwischenanamnese: Nach

der Entlassung ging es dem Patienten zunächst gut. Vor 8 Tagen bekam der Patient im Anschluß an das Heben einer schweren Last plötzlich heftige Magenkoliken mit Erbrechen. Im Erbrochenen schaumiges Blut. Klinisch: Druckschmerzhaftigkeit im Oberbauch. BSR. 3/6. Magensäurewerte: 25/35. Im Magensaft Sanguis positiv. Im Stuhl Sanguis positiv. Gastroskopisch sieht man eine starke Rötung der gesamten Magenschleimhaut. Unmittelbar über dem Angulus in der kleinen Kurvatur ist ein längliches, mehr als linsengroßes Geschwür mit weißlichgrünem Belag sichtbar. Um das Ulcus herum besteht eine deutlich gerötete Schwellung. Diagnose: Ulcus - ventriculi oberhalb des Angulus. Röntgenbefund vom 23. Juni 1938: Deutliche Verbreiterung der Schleimhautfalten, über linsengroßes Ulcus oberhalb des Angulus an der kleinen Kurve. Serienaufnahmen bestätigen diesen Befund. Therapie: Wahlkost, keine Bettruhe, Injektionen von Progynon forte jeden zweiten Tag. Nach den ersten 2 Injektionen tritt kein Erbrechen mehr auf. Ausgezeichnete subjektive Beeinflussung. Völlige Beschwerdefreiheit bei gutem Appetit nach 7 Injektionen. Keinerlei Nebenerscheinungen. Gewichtszunahme 7,5 kg in 21 Tagen. Im Stuhl Sanguis negativ. Kurdauer mit Progynon 12 Tage. Entlassung am 9. Juli 1938. Röntgenologisch ist bei Kompression an der kleinen Kurve nur noch eine kleine dreieckförmige Ausziehung zu sehen. Eine gastroskopische Kontrolle ergibt völlige Abheilung des Ulcus.

Die Beschwerdefreiheit hat bis heute angehalten (September 1939). Patient geht völlig ungehindert seiner Berufsarbeit nach.

Fall 2:

P. N., 58 Jahre alt, Rentner. Familienanamnese o. B. Eigene Anamnese: Im Kriege hatte der Patient erstmalig Magenbeschwerden. Die Schmerzen traten 1—2 Stunden nach den Mahlzeiten auf. Es bestand häufiges Erbrechen und zeitweise saures Aufstoßen. Nach dreiwöchentlicher Lazarettbehandlung wesentliche Besserung der Beschwerden. 1928 brach der Patient plötzlich zusammen, erbrach dunkles Blut und hatte schwarzen Stuhl. Damals wurde ein blutendes Magengeschwür diagnostiziert. Nach mehrwöchentlicher Bettruhe und Diät Besserung. Erneut traten die Beschwerden im Januar 1938 auf. Patient hatte wieder Magenkoliken 1—2 Stunden nach dem Essen, außerdem bestand starker Widerwille gegen Fleisch. Aufnahmebefund am 30. Juli 1938: Appetit sehr schlecht, Zunge belegt, umschriebener Druckschmerz etwa 10 cm unterhalb des Proc. x etwas rechts von der Mittellinie. Im Stuhl Sanguis negativ, Magensäurewerte 15/35. Im Magensaft Sanguis positiv. BSR. 18/31.

Röntgenologisch sieht man einen ulcerösen Sanduhrmagen mit einer Stenose zwei Querfinger oberhalb des Angulus. Am Eingang der Stenose erbsengroßes Ulcus an der kleinen Kurve mit tiefer spastischer Einziehung der Majorseite. Bulbus o. B. Therapie: Wahlkost, keine Bettruhe, Progynon. Nach den ersten 2 Injektionen sind die Schmerzen nach dem Essen wesentlich geringer geworden. Nach weiteren 4 Injektionen ist der Patient vollständig beschwerdefrei. Als Nebenerscheinung tritt eine leichte Druckschmerzhaftigkeit der Brustwarzen ein. Nach 16 Injektionen Progynon, die anfangs täglich zum Schluß in zweitägigem Abstand gegeben wurden, besteht völlige Beschwerdefreiheit. Gewichtszunahme 4 kg. Allgemeinzustand wesentlich gebessert. Kurdauer mit Progynon 18 Tage. Entlassung am 25. Juni 1938. Röntgenologisch ist oberhalb der Stenose nur noch ein sehr kleiner Ulcusfleck sichtbar, der gegenüber der ersten Durchleuchtung wesentlich kleiner geworden ist. Eine Nachuntersuchung des Patienten war später nicht möglich.

Fall 3:

A. H., 33 Jahre alt, Kutscher. Familienanamnese o. B. Eigene Anamnese: Seit einem Jahre leidet der Patient unter ziehenden Schmerzen in der Magengegend, die nach der rechten Seite, bisweilen nach der rechten Schulter ausstrahlen. Die Schmerzen traten mehrere Stunden nach dem Essen auf und waren immer abends am stärksten. Ab und zu saures Aufstoßen. Es besteht ein großer Widerwille gegen fettes Fleisch und häufiges Erbrechen danach. Nach einer Diätkur vorübergehend Besserung seiner Beschwerden. Seit 14 Tagen treten die Magenschmerzen und das Erbrechen wieder gehäuft auf. Aufnahmebefund am 23. Mai 1938: Appetit mäßig, Stuhlgang regelmäßig, Zunge belegt, Druckschmerz 5 cm unterhalb des Proc. x. Im Stuhl Sanguis positiv. Magensäurewerte 70/85. Im Magensaft Sanguis positiv. BSR. 6/16. Röntgenologisch sieht man außerordentlich breite Schleimhautfalten und eine grobe Zähnelung der großen Kurvatur. Die kleine Kurvatur ist glatt. In der Bulbusmitte kommt eine erbsengroße Nische an der Vorderwand mit einstrahlenden Falten zur Darstellung. Serienaufnahmen bestätigen diesen Befund. Therapie: Wahlkost, keine Bettruhe, im ganzen 17 Injektionen Progynon, anfangs täglich, zum Schluß in zweitägigem Abstand. Schon nach den ersten Injektionen gibt der Patient an, keinerlei Magenbeschwerden mehr zu haben. Er fühlt sich subjektiv sehr wohl und ist vollkommen beschwerdefrei. Kurdauer mit Progynon 23 Tage. Entlassung am 21. Juni 1938. Im Stuhl Sanguis negativ, Magensäurewerte 50/60. Gewichtszu-

nahme 4,5 kg. Röntgenologisch: Wesentliche Verkleinerung des Ulcus-duodeni, das eben nur noch nachweisbar ist.

Bis Oktober 1939 ist der Patient vollständig beschwerdefrei und geht seiner Arbeit als Ackerkutscher nach.

Fall 4:

K. A., 34 Jahre alt, Weber. Familienanamnese o. B. Eigene Ananmese: Seit 7 Jahren Schmerzen und Druckgefühl im Magen, das nach dem Essen am stärksten ist. Vor 2 Jahren wurde ein Magengeschwür diagnostiziert und eine diätätische Behandlung durchgeführt. Daraufhin trat Besserung der Beschwerden ein. Vor ½ Jahre erneutes Auftreten der Magenschmerzen, meist 2—4 Stunden nach dem Essen. Die Schmerzen waren derart heftig, daß der Patient nur noch flüssige und breiige Kost aß. Gelegentlich trat Sodbrennen auf. Aufnahmebefund am 2. November 1938: Appetit mäßig, Stuhlgang regelmäßig, im Stuhl Sanguis positiv, umschriebener Druckschmerz unterhalb des Proc. x. BSR. 2/12. Magensäurewerte 30/45. Im Magensaft Sanguis positiv. Röntgenbefund: Stark verbreiterte Schleimhautfalten. Linsengroßes Ulcus am Angulus der kleinen Kurve. Therapie: Wahlkost, keine Bettruhe, Progynon forte jeden zweiten Tag, im ganzen 5 Injektionen. Die Beschwerden des Patienten bessern sich wesentlich. Röntgenologisch ist eine wesentliche Verkleinerung des Ulcus feststellbar. Kurdauer mit Progynon in der Klinik 9 Tage. Patient wird auf eigenen Wunsch am 19. November 1938 nach Hause entlassen mit der Weisung, zweimal wöchentlich Progynon zu spritzen. Kontrolluntersuchung am 2. Januar 1939: In der Zwischenzeit war Patient bei leichter Arbeit ohne Diät mit zweimal wöchentlich Progynon völlig beschwerdefrei. Magensäure 20/30. BSR. 3/11. Im Abdomen bei starkem Druck leichte Empfindlichkeit unterhalb des Proc. x. Röntgenologisch sieht man am Angulus eine angedeutete Nische mit einstrahlenden Schleimhautfalten. Die Serienaufnahmen zeigen nur eine fragliche Ulcusnische an der kleinen Kurve. Erneute Kontrolluntersuchung am 16. Februar 1939: Völlige Beschwerdefreiheit; die Schleimhautfalten des Magens sind nicht mehr verbreitert, sie sind zart durchziehend und nicht verschieblich. Ein Ulcus ist nicht mehr nachweisbar. Völliges Wohlbefinden bis September 1939.

Fall 5:

R. F., 61 Jahre alt, Schlosser. Familienanamnese o. B. Eigene Anamnese: Vor 7 Jahren verspürte der Patient erstmalig drückende Schmerzen in der Magengrube, die bis zum Rücken ausstrahlten. Fast tägliches Erbrechen, zeitweise Besserung der Beschwerden. Seit einigen Wochen wieder wesentliche Verschlechterung, deshalb Aufnahme am 12. Januar 1939. Appetit gut, Stuhlgang regelmäßig, im Stuhl Sanguis positiv. Magensäurewerte 50/53. Im Magensaft Sanguis stark positiv. BSR. 16/26. Röntgenologisch ist der Magen o. B. An der Hinterwand des Bulbus ist eine große Nische nachweisbar. Serienaufnahmen bestätigen diesen Befund. Patient wird mit gemahlener Wahlkost behandelt und bekommt 13 Injektionen Progynon. Er klagt aber weiter über ziehende Schmerzen, die besonders nachts auftreten. Nach Abschluß der 13tägigen Progynonkur bekommt Patient Leube-Diät, anschließend Bergmann-Diät, worauf völliges Wohlbefinden eintritt. Bei der Entlassung am 20. März 1939 ist der Patient vollständig beschwerdefrei. Röntgenologisch besteht eine erhebliche Bulbusdeformation mit hochgradiger Stenose. Ein Ulcus ist auch auf den Serienaufnahmen nicht mehr nachweisbar. Gewichtszunahme 2,5 kg. Patient ist völlig beschwerdefrei bis September 1939.

Fall 6:

P. W., Kraftfahrer, 36 Jahre alt. Familienanamnese o. B. Eigene Ananmese: Vor 2 Jahren erstmalig kolikartige Schmerzen in der Magengegend, besonders am späten Nachmittag und nachts. Tägliches Erbrechen. Ausstrahlen der Schmerzen nach der linken Rückenseite. Aufnahmebefund am 15. Juli 1938: Zunge belegt, Appetit schlecht, am Abdomen kein Druckschmerz. Stuhlgang unregelmäßig, im Stuhl Sanguis negativ. BSR. 2/7. Magensäurewerte 72/85. Im Magensaft Sanguis negativ. Röntgenbefund: Hypotonischer Angelhakenmagen, dicht oberhalb der Bulbusbasis ist ein deutlicher Nischenschatten feststellbar, auf den die Falten einstrahlen. Bei frontaler Ableuchtung liegt dieser Nischenschatten an der Vorderwand, dicht oberhalb der Bulbusbasis. Auf den Serienaufnahmen sieht man den deformierten Bulbus mit dem Ulcus an der Vorderwand. Therapie: Wahlkost, 11 Injektionen Testoviron, keine Bettruhe. Schon nach den ersten Injektionen gibt der Patient an, völlig beschwerdefrei zu sein. Kurdauer 11 Tage. Entlassungsbefund am 26. Juli 1938: Völliges Wohlbefinden, 8,5 kg Gewichtszunahme. Röntgenbefund: Deutliche Bulbusdeformität. Ein Ulcus ist nicht mehr nachweisbar. Beschwerdefreiheit bis September 1939.

Fall 7:

K. F., Medizinalpraktikant, 27 Jahre alt. Familienanamnese o. B. Eigene Anamnese: Seit 1½ Jahren ziehende Schmerzen in der Magengegend, unabhängig vom Essen. Seit einem halben Jahr regelrechte Schmerzattacken, manchmal mit Ruhepausen von einer Woche. Aufnahmebefund am 22. Juni 1938: Appetit mäßig, Zunge belegt, Stuhlgang unregelmäßig, im Stuhl Sanguis positiv, BSR. 1/3. Magensäurewerte 32/80. Im Abdomen kein Druckschmerz. Röntgenbefund: Sehr breite Schleimhautfalten. Große präpylorische Nische an der Minorseite des Antrums mit deutlicher Faltenkonvergenz. Bulbus schlaff, sonst o. B. Therapie: Wahlkost, keine Bettruhe, 10 InjektionenTestoviron, täglich 1 ccm. Nach Beendigung der Kur subjektiv völliges Wohlbefinden, im Stuhl Sanguis negativ. Kurdauer mit Testoviron 10 Tage. Röntgenologisch ist das Ulcus wesentlich kleiner geworden. Gewichtszunahme 4 kg.

Relative Beschwerdefreiheit bis Oktober 1939 trotz Nikotinabusus.

Fall 8:

F. J., 46 Jahre alt. Kraftwagenführer. Familienanamnese o. B. Eigene Anamnese: Im Kriege erstmalig Schmerzen im Oberbauch, die meist in dumpfem Drücken bestanden. Seit dieser Zeit hat der Patient dauernd Magenbeschwerden, wobei Perioden mit sehr starken Schmerzen mit solchen völligen Wohlbefindens wechseln. In letzter Zeit verstärktes Auftreten der Schmerzen, Nüchternschmerz, Heißhunger. Um Schmerzen zu vermeiden, mußte der Patient angeblich alle 2 Stunden etwas essen. Aufnahmebefund am 10. September 1938: Appetit im allgemeinen gut, häufig Durchfälle, Sanguis im Stuhl positiv. Umschriebener Druckschmerz in der Mittellinie unterhalb des Proc. x. Magensäurewerte 95/112. Im Magensaft Sanguis positiv. BSR. 5/12 mm. Röntgenbefund: Deutliche Verbreiterung der Schleimhautfalten des Magens mit wirrem Faltenverlauf. Kleine Kurve glatt, große Kurve grob gezähnelt. Erhebliche Bulbusdeformität. An der Minorseite des Bulbus erbsengroße Nische mit hochgradigem Schwellungsring. Therapie: Magnesium-Perhydrol, Wahlkost, keine Bettruhe, im ganzen 10 Injektionen Progynon. Schon nach der ersten Injektion gibt Patient eine wesentliche Besserung der Beschwerden an. Am Ende der Kur ist der Patient vollständig beschwerdefrei und hat guten Appetit. Allgemeinbefinden wesentlich gebessert. Gswichtszunahme 2,5 kg. Nebenerscheinungen sind nicht aufgetreten. Blut im Stuhl negativ. Magensäurewerte 85/72. Kurdauer mit Progynon 12 Tage. Röntg-

genbefund am 30. September 1938: Bei der Durchleuchtung und auf den Serienaufnahmen ist ein Ulcus nicht mehr darstellbar. Kontrolluntersuchung am 17. November 1938: In der Zwischenzeit völlige Beschwerdefreiheit bei gemischter Kost und körperlicher Arbeit. BSR. 7/17. Magensäurewerte 70/82. Am Leib keinerlei Druckschmerzhaftigkeit. Röntgenbefund: Keine Ulcusnische nachweisbar. Völliges Wohlbefinden bis Oktober 1939. Nur im Frühjahr und Herbst hatte der Patient vorübergehend leichte ziehende Magenschmerzen. Er war die ganze Zeit in seinem Beruf vollauf tätig.

Fall 9:

W. K., 46 Jahre alt, Arbeiter. Familienanamnese o. B. Eigene Anamnese: Seit einigen Monaten Völlegefühl im Magen. Seit 14 Tagen heftige kolikartige Schmerzen, 2—3 Stunden nach den Mahlzeiten, mit Völlegefühl, Erbrechen, saurem Aufstoßen und Sodbrennen. Die Schmerzen lassen sofort nach, wenn der Patient etwas ißt. Aufnahmebefund am 5. Dezember 1938: Appetit mäßig, Stuhlgang regelmäßig, im Stuhl Sanguis positiv, Druckschmerzhaftigkeit unterhalb des Proc. x etwas rechts von der Mittellinie, Magensäurewerte 35/50. Im Magensaft Sanguis positiv. Röntgenbefund: Magen o. B. Der Bulbus ist kleeblattförmig deformiert und zeigt in der Bulbusbasis einen Kontrastfleck mit einstrahlenden Falten. Bei der Frontalableuchtung ist an der Vorderwand des Bulbus eine Ulcusnische zu erkennen. Verbreiterte Duodenalfalten. Befund durch Serienaufnahmen bestätigt. Therapie: Wahlkost, 4 Injektionen Progynon forte jeden zweiten Tag. Danach subjektiv völlige Beschwerdefreiheit, so daß der Patient nach Hause entlassen werden will. Kurdauer mit Progynon in der Klinik 7 Tage. Entlassung am 17. Dezember mit der Anweisung, jeden zweiten Tag weiter Progynon forte zu spritzen bei Wahlkost und körperlicher Bewegung. Kontrolluntersuchung am 24. Januar 1939: Patient bekam zu Hause 9 Injektionen Progynon forte in zweitägigem Abstand. Er war dabei völlig beschwerdefrei. Röntgenbefund am 24. Januar 1939: Magen o. B., Bulbus deformiert, Faltenstern in der Bulbusbasis, eine sichere Nische ist nicht mehr nachweisbar. Serienaufnahmen: Ulcus nicht mehr nachweisbar, deutlicher Faltenstern in der Bulbusbasis. Bis September 1939 völlige Beschwerdefreiheit.

Fall 10:

K. L., 33 Jahre alt, Kellner. Familienanamnese o. B. Eigene Anamnese: Vor 9 Jahren und vor 6 Jahren schwere Schübe von Gastro-Enteritis. Seit 3 Jahren klagte Patient über kolikartige Schmerzen im Oberbauch, die meist nach dem Essen sofort auftraten. Sehr häufiges saures Aufstoßen, und saures Erbrechen. Aufnahmebefund vom 7. September 1938: Appetit mäßig, Zunge belegt, Stuhlgang unregelmäßig, im Stuhl Sanguis positiv. BSR. 3/9. Magensäurewerte 48/75. Im Magensaft Sanguis positiv. Röntgenbefund: Deutliche Verbreiterung der Magenschleimhautfalten. Ein Querfinger oberhalb des Angulus an der kleinen Kurvatur ist ein etwa bohnengroßes, breitaufsitzendes Ulcus zu sehen. Serienaufnahmen und eine Gastroskopie bestätigen diesen Befund. Therapie: Wahlkost, keine Bettruhe, Progynon im ganzen 14 Injektionen. Wesentliche Besserung der Beschwerden. Kurdauer mit Progynon 15 Tage. Entlassung am 29. September 1938. Röntgenbefund: Deutliche Faltenverbreiterung im unteren Corpusteil und im Antrum. Grobe Zähnelung der großen Kurvatur, Ulcus nicht mehr nachweisbar. Ulcusrecidiv im Januar 1939. Das Ulcus befindet sich röntgenologisch am Angulus in der kleinen Kurve. Da Patient eine Kur ablehnt, wird er auf eigene Verantwortung entlassen. Dieses Ulcus war bis September 1939 nicht geheilt und wurde röntgenologisch von seinem ihn jetzt behandelnden Arzt festgestellt.

Fall 11:

P. K., 27 Jahre alt, Arbeiter. Familienanamnese: Beide Eltern sind magenkrank. Eigene Anamnese: Patient verspürt seit 4 Jahren Magenbeschwerden, die besonders nachts auftreten. Die Schmerzen gehen zurück, wenn der Patient etwas ißt. Vor einem Jahr Diätkur in einem Krankenhaus mit vorübergehender Besserung der Beschwerden. Seit einiger Zeit treten die Schmerzen erneut besonders nachts wieder sehr heftig auf. Aufnahmebefund vom 6. August 1938: Appetig mäßig, Zunge belegt, Stuhlang regelmäßig, im Stuhl Sanguis positiv. Links über dem Nabel umschriebener Druckschmerz. Magensäurewerte 40/58. Im Magensaft Sanguis negativ. BSR. 6/14. Röntgenbefund: Deutliche Verbreiterung der Schleimhautfalten. Ulcus dicht oberhalb des Angulus an der kleinen Kurvatur. Therapie: Wahlkost, keine Bettruhe, Injektionen von Progynon, anfangs täglich, zum Schluß in zweitägigem Abstand. Nach den ersten Injektionen treten Hitzewellen besonders im Kopf auf, die etwa ½ Stunde anhalten. Nach der 6. Injektion geringe

Schmerzhaftigkeit der Brustwarzen. Die Beschwerden seitens des Ulcus schwinden schon nach den ersten Injektionen und sind nach 18 Injektionen vollständig behoben. Anschließend an die Progynonkur bekommt der Patient einige Tage Leube-Diät, da im Stuhl Sanguis immer noch positiv war. Daraufhin Sanguis nach einigen Tagen im Stuhl negativ. Kurdauer mit Progynon 24 Tage. Bei der Entlassung am 6. August 1938: Appetit gut, Patient verträgt alle Speisen, ist völlig beschwerdefrei und fühlt sich subjektiv vollkommen wohl. Röntgenbefund: Bei der Durchleuchtung sieht man an der früher beschriebenen Stelle einen kleinen Fleckschatten. Serienaufnahmen zeigen im Bereich des früher dargestellten Ulcus eine deutliche Faltenkonvergenz mit nur ganz kleinen, zentralen Fleckschatten. Ulcus nicht mehr nachweisbar. Gewichtszunahme 5,5 kg.

Fall 12:

E. R., 47 Jahre alt, Näherin. Familienanamnese o. B. Eigene Anamnese: Seit etwa 3 Jahren klagt die Patientin über heftige Schmerzen im Oberbauch gleich nach dem Essen, besonders nach Genuß von fettem Fleisch. Aufnahmebefund am 16. September 1938: Appetit mäßig, Stuhlgang regelmäßig, im Stuhl Sanguis negativ. Zunge belegt, Resistenz und Druckschmerzhaftigkeit in der Mitte zwischen Nabel und Proc. x. Magensäurewerte 25/50. Im Magensaft Sanguis negativ. BSR. 7/28. Röntgenbefund: Im Magen zarte Schleimhautfalten, kleine Kurve glatt, große Kurve grob gezähnelt. Der Bulbus ist deformiert, in der Bulbusbasis sieht man konstant einen Fleckschatten mit deutlichem Schwellungsring, der an der Vorderwand gelegen ist. Die Serienaufnahmen zeigen einen Faltenstern und einen nischenförmigen Fleckschatten an der Bulbusbasis. Therapie: Wahlkost, keine Bettruhe, Progynon, anfangs täglich, dann jeden zweiten Tag, 1 ccm. Schon nach den ersten Injektionen äußert die Patientin keine Beschwerden mehr und fühlt sich wohl. Nach 15 Injektionen ist die Patientin völlig beschwerdefrei. Gewichtszunahme 3,2 kg. Kurdauer mit Progynon 20 Tage. Röntgenbefund: Bei der Entlassung am 18. Oktober 1938 sieht man an der Bulbusvorderwand nur einen eben angedeuteten Fleckschatten. Sanguis im Stuhl negativ. Die Patientin wird auf eigenen Wunsch entlassen. Beschwerdefreiheit bis September 1939; nur bei groben Diätfehlern klagt die Patientin über geringe Magenbeschwerden.

Fall 13:

E. G., 25 Jahre alt, Landwirt. Familienanamnese o. B. Eigene Anamnese: Seit etwa 2 Jahren dumpfe Schmerzen und Leibschneiden etwa 3 Stunden nach den Mahlzeiten. Sodbrennen besonders nach fetten Speisen. Aufnahmebefund am 3. Januar 1939: Druckschmerzhaftigkeit im Oberbauch gleich unterhalb des Proc. x. Zunge belegt, Appetit schlecht. Im Stuhlgang Sanguis negativ. Magensäurewerte 82/95. Im Magensaft Sanguis positiv. BRS. 6/18. Röntgenbefund: Verbreiterung der Schleimhautfalten des Magens. Konstanter Füllungsfleck im Fornixteil, der an der Hinterwand liegt und bei frontaler Ableuchtung eine flache Nische bildet. Faltenkonvergenz auf diesen Fleck hin. Bulbus o. B. Serienaufnahmen zeigen ein deutliches Ulcus im Fornix mit einstrahlenden Falten. Therapie: Leube-Diät, Atropin, Karlsbader Salz, anschließend Dauersonde. Nachdem diese Therapie einen Monat lang erfolglos durchgeführt war, bekommt der Patient täglich 1 ccm Progynon. Schon nach der 3. Injektion gibt der Patient eine wesentliche Besserung der Beschwerden an. Nach 15 Injektionen besteht völlige Beschwerdefreiheit. Kurdauer mit Progynon 24 Tage. Röntgenbefund am 20. März 1939: Das Ulcus ist vollkommen abgeheilt, die Hinterwand ist glatt. Auf den Serienaufnahmen sieht man an der Hinterwand des Corpus einen ganz kleinen Fleckschatten, der sich im Profilbild nicht mehr als Nische darstellt. Die Gastroskopie ergibt keinen krankhaften Befund.

Fall 14:

P. S., 39 Jahre alt, Forstarbeiter. Familienanamnese: Vater ist an einem Magenleiden gestorben. Eigene Anamnese: Der Patient hatte vor 5 Jahren erstmalig Magenbeschwerden. Sie bestanden in Völlegefühl, Appetitlosigkeit und säuerlichem Aufstoßen. Die Schmerzen waren oft so stark, daß Patient am liebsten nur flüssige Speisen zu sich nahm. Es besteht Abneigung gegen fettes Fleisch und Klöße. In den letzten 10 Tagen trat sehr häufiges Erbrechen auf, so daß der Patient überhaupt nichts mehr bei sich behalten hat. Außerdem traten krampfartige Schmerzen im Oberbauch bald nach dem Essen auf. Aufnahmebefund am 2. Juni 1938: Appetit sehr schlecht, Stuhlgang obstipiert, Sanguis im Stuhl positiv, Zunge belegt, im Abdomen keinen Druckschmerz. BSR.: 12/31. Magensäurewerte 60/72. Im Magensaft Saguis positiv. Röntgenbefund: Die Schleimhautfalten des Magens sind sehr stark verbreitert. An der Minorseite dicht über dem Pyloruseingang liegt eine bohnengroße

Nische mit außerordentlich starkem Schwellungsring. Die Minorseiten des Antrums und des Bulbus sind abgeflacht und aufgebraucht. Riesengroßer Bulbus mit starker Dehnung der Majorseite. Breite Duodenalfalten. Auf der Übersichtsaufnahme und den Serienaufnahmen sieht man die über bohnengroße Nischenbildung. Therapie: Wahlkost, keine Bettruhe, Progynon. Nach der 3. Injektion gibt Patient an, keinerlei Beschwerden mehr zu haben. Gleichzeitig tritt ein leichtes Druckgefühl in den seitlichen Thoraxteilen auf. Nach der 6. Injektion leichte Schmerzen in den Brustwarzen. Nach Abschluß der Progynonkur, im ganzen 20 Injektionen, ist das Allgemeinbefinden wesentlich gebessert, der Appetit ist gut, keinerlei Beschwerden seitens des Magens. Kurdauer mit Progynon 30 Tage. Röntgenbefund: Das Ulcus hat sich wesentlich verkleinert. An der Bulbusbasis sieht man jetzt ein zweites kleines Ulcus. Fortsetzung der Kur mit Leube-Diät. Entlassung am 31. August 1938: An der Stelle des früheren präpylorischen Ulcus ist nur noch eine kleine, zapfenartige Ausziehung erkennbar. Ein Ulcus duodeni ist nicht mehr nachweisbar. Der Patient hat keinerlei Magenbeschwerden und fühlt sich völlig wohl. Keinen Druckschmerz im Abdomen. Im Stuhl Saguis negativ. Gewichtszunahme 4 kg.

Nach völliger Beschwerdefreiheit vom Oktober bis Ende April, in welcher Zeit Patient als Waldarbeiter wieder voll beschäftigt war. traten im Frühjahr 1939 erneut leichte Magenbeschwerden auf. Nach kurzer diätetischer Behandlung fühlt sich der Patient wieder wohl.

Fall 15:

P. F., 43 Jahre alt, Arbeiter. Familienanamnese o. B. Eigene Anamnese: 1912 Nierenentzündung, 1923 Gelbsucht. Magenbeschwerden seit 1919. Patient klagt über drückende Schmerzen in der Magengegend, die etwa 1 Stunde nach dem Essen, aber auch nachts auftreten, Brechreiz, Appetitlosigkeit, saures Aufstoßen. Anfang 1938 Krankenhausbehandlung. Es wurde damals ein Geschwür am Magenausgang festgestellt, das nach dreiwöchiger Behandlung mit Diät, Atropin, Gastrosil gebessert wurde. Seit einigen Wochen erneutes Auftreten der Schmerzen, deshalb Krankenhausaufnahme. Aufnahmebefund vom 14. Juni 1938: Zunge belegt, Appetit schlecht, Stuhlgang unregelmäßig, im Stuhl Sanguis positiv, diffuser Druckschmerz im Oberbauch. Magensäurewerte 23/36. Im Magensaft Sanguis positiv. BSR. 5/13. Röntgenbefund: Schleimhautfalten des Magens sind deutlich verbreitert. An der Hinterwand des Magens, dicht oberhalb des Angulus, sieht man an der kleinen Kurve eine auffallend lange Ulcusnische, auf die die Falten ein-

strahlen. Duodenalfalten verbreitert, sonst Bulbus o. B. Therapie: Wahlkost, keine Bettruhe, Testoviron-Kur, täglich 1 ccm. Schon nach den ersten Injektionen verspürt der Patient ein deutliches Nachlassen der Schmerzen. Subjektives Wohlbefinden. Nach 11 Injektionen völlige Beschwerdefreiheit. Die Gastroskopie ergibt am Schluß der Kur keinen Anhalt für ein Ulcus. Auch röntgenologisch ist am 27. Juni kein Ulcus mehr nachweisbar. Kurdauer mit Testoviron 11 Tage. Nach der Entlassung war der Patient auf ein halbes Jahr beschwerdefrei, dann traten erneut leichte ziehende Schmerzen nach den Mahlzeiten auf.

Fall 16:

A. K., 38 Jahre alt, Handelsbeamter. Familienanamnese o. B. Eigene Anamnese: Vor 4 Jahren erstmalig Schmerzen im Oberbauch mit Erbrechen, Widerwillen gegen fettes Fleisch. Verstärkung der Beschwerden im Frühjahr und im Herbst. Vor einigen Tagen plötzlich wieder Auftreten der Schmerzen im rechten Oberbauch. Aufnahmebefund am 28. September 1938: Appetit schlecht, Zunge belegt, Stuhlgang unregelmäßig. Im Stuhl Sanguis negativ. Magensäurewerte 60/75. Im Magensaft Saguis negativ. BSR. 12/25. Keinen Druckschmerz im Abdomen. Röntgenologisch ist der Magen o. B. Dicht oberhalb der Bulbusöffnung füllt sich ein kleiner Fleckschatten, der bei Drehung dicht oberhalb des hinteren Basisrecessus an der Hinterwand gelegen ist. Auf den Serienaufnahmen sieht man an der Hinterwand ein deutliches Ulcus. Therapie: Wahlkost, keine Bettruhe, 5 Injektionen Testoviron, daraufhin völlige Beschwerdefreiheit. Entlassung auf eigenen Wunsch am 12. Oktober 1938. Kurdauer mit Testoviron 6 Tage. Nach der Entlassung ist der Patient ¼ Jahr völlig beschwerdenfrei, dann treten erneut leichte Schmerzen auf. Der Patient verlangt von seinem Arzt draußen weitere Behandlung mit Progynon. Er erhält 5 Injektionen Progynon und ist daraufhin bis heute völlig beschwerdefrei.

Fall 17:

H. W., 76 Jahre alt, Lehrer. Familienanamnese o. B. Eigene Anamnese: Vor 15 Jahren hatte der Patient erstmalig Magenbeschwerden und wurde mit Salzsäure behandelt. Die Magenbeschwerden traten damals hauptsächlich nach den Mahlzeiten auf. Sie waren drückend, krampfartig und so heftig, daß der Patient sich sofort hinlegen mußte. Im Frühjahr 1939 traten die Schmerzen

verstärkt auf und der Patient machte eine Belladonnakur durch ohne Erfolg. Aufnahme am 11. September 1939: Allgemeinbefinden schlecht, Ernährungszustand stark reduziert, Zunge belegt, Appetit schlecht, Stuhlgang nur auf Abführmittel. Im Stuhl Saguis positiv. Druckempfindlichkeit im Oberbauch. Magensäurewerte 55/62. Im Magensaft Sanguis positiv. BSR. 3/16. Röntgenbefund: An der kleinen Kurve, oberhalb des Angulus ist eine fingerkuppengroße Nische darstellbar. Der Bulbus ist groß und dreieckförmig. Auf den Serienaufnahmen sieht man eine kleinfingerkuppengroße Nische an der kleinen Kurve oberhalb des Angulus. Therapie: Vitaminreiche Ulcusdiät, Atropin, Progynon jeden 2. Tag, im ganzen 11 Injektionen. Schon nach den ersten Injektionen traten keine Schmerzen mehr auf und der Patient ist völlig beschwerdefrei. Kurdauer mit Progynon 22 Tage. Entlassung am 11. Oktober 1939: Allgemeinbefinden gut, subjektiv völlige Beschwerdefreiheit. Gewichtszunahme 3 kg. Röntgenologisch ist das Ulcus an der kleinen Kurve noch nachweisbar.

Fall 18:

P. K., Kraftwagenführer, 35 Jahre alt. Familienanamnese o. B. Eigene Anamnese: Erstmalig hatte der Patient 1927 krampfartige Schmerzen in der Magengrube gleich nach dem Essen. Appetit im allgemeinen gut, wenn der Patient keine Schmerzen hatte. Er wurde damals mit Salzsäure behandelt. 1938 verschlimmerten sich die Beschwerden. Bei einer Durchleuchtung in einem Krankenhause wurde damals ein Magengeschwür festgestellt, das angeblich nach einer Diätkur von 6 Monaten nicht mehr nachweisbar war. In letzter Zeit wieder erneutes Auftreten der Schmerzen. Aufnahmebefund am 7. September 1939: Zunge nicht belegt, Appetit mäßig, Stuhlgang obstipiert, im Stuhl Sanguis negativ. Umschriebener Druckschmerz im Oberbauch ziemlich in der Mittellinie. Leistenbrüche beiderseits. Magensäurewerte 25/45. BSR. 3/9. Röntgenbefund: An der kleinen Kurve sieht man eine fingerkuppengroße Nische, die nach der Vorderwand zu gelegen ist, sonst Magen und Bulbus o. B. Serienaufnahmen: Fingerkuppengroße Nische an der kleinen Kurvatur. Therapie: Wahlkost, Progynon, im ganzen 17 Injektionen, anfangs täglich, dann jeden zweiten Tag. Schon nach den ersten Injektionen verspürt der Patient ein deutliches Nachlassen des Schmerzes. Später subjektiv völlige Beschwerdefreiheit. Nach den ersten 6 Injektionen klagt der Patient über ziehende Schmerzen in den Brustwarzen. Sonst wurden die Injektionen vollkommen reaktionslos vertragen. Kurdauer mit Progynon 25 Tage. Entlassung am 5. Oktober 1939: Allgemeinbefinden

gut, keinerlei Schmerzen seitens des Magens. Völliges Wohlbefinden. Röntgenologisch ist ein Ulcus an der kleinen Kurve nicht mehr nachweisbar. Serienaufnahmen zeigen an der Stelle des alten Ulcus eine sehr kleine, nicht deutlich herausprojezierte zeltförmige Ausziehung. Ein Ulcus ist nicht mehr darstellbar. Gewichtszunahme 5 kg. Patient wurde zur Leistenbruchoperation zu den Chirurgen verlegt.

Fall 19:

M. S., 54 Jahre alt, Ehefrau. Familienanamnese o. B. Eigene Anamnese: 1930 starke Unterleibsblutungen, die 3 Wochen lang anhielten. Um die Blutungen zum Stehen zu bringen, wurde die Patientin röntgenbestrahlt. Hochgradige sekundäre Anämie mit Neigung zu häufigen Ohnmachten. Nach 2 Erholungskuren vorübergehend wesentliche Besserung. Seit etwa 4 Wochen Völlegefühl und ziehende Schmerzen im Oberbauch, gleich nach dem Essen. Hochgradige allgemeine Körperschwäche. Aufnahmebefund am 16. September 1939: Zunge belegt, Appetit mäßig, Stuhlgang regelmäßig. Im Stuhl Sanguis negativ. Diffuser Druckschmerz im Oberbauch. Magensäurewerte 55/75. Röntgenbefund: große und kleine Kurve glatt, deutlich Bulbusdeformation, starke Einziehung hinter dem Majorrecessus. Serienaufnahmen: Hochgradige Bulbusdeformation. An der Vorderwand des Bulbus ist eine deutliche Ulcusnische nachweisbar. Hgb. 65 %. 2,6 Millionen Erythrocyten. Behandlung: Wahlkost, Ferrostabil, Progynon, anfangs täglich, dann in zweitägigen Abständen, im ganzen 20 Injektionen. Schon nach den ersten Injektionen gibt die Patientin an, daß sie keinerlei Schmerzen mehr verspüre. Vorübergehend äußert sie leichte ziehende Schmerzen in der Gegend der Ovarien. Kurdauer mit Progynon 25 Tage. Entlassung am 14. Oktober 1939: Subjektiv völliges Wohlbefinden, keinerlei Schmerzen mehr. Hgb. 76 %. Röntgenbefund: Sowohl die Durchleuchtung als auch die Serienaufnahmen zeigen keine Nischenbildung. Geheilt entlassen. Gewichtszunahme 3 kg. Einige Tage nach der Entlassung tritt bei der Patientin eine leichte Genitalblutung auf, die von den Gynäkologen als echte Uterus-Schleimhautblutung gedeutet wird. Sonst am Genitale kein krankhafter Befund.

Fall 20:

E. E., 64 Jahre alt, Ehefrau. Familienanamnese: Mutter litt an Magenbeschwerden. Eigene Anamnese: Jahrelang rheumatische Beschwerden. Vor ¼ Jahr wurden ihr deshalb eine Reihe Zähne gezogen, so daß sie seit dieser Zeit schlecht kauen konnte. Seither

krampfartige Schmerzen in der Magengegend, die etwa 3—4 Stunden nach dem Essen auftreten. Kein Erbrechen. Seit 3 Wochen starkes Brennen in der Magengegend, so daß die Patientin nur noch breiige Speisen zu sich nimmt. Wegen dieser heftigen Schmerzen kommt sie zur Untersuchung. Befund am 12. Oktober 1939: Sehr schlechtes Allgemeinbefinden, Zunge belegt, Appetit schlecht. Stuhlgang unregelmäßig. Mäßiger Druckschmerz im Oberbauch zwischen Nabel und Proc. x., etwas rechts von der Mittellinie. Magensäurewerte 16/35. Im Magensaft Saguis positiv. BSR. 18 mm. Hgb. 68 %. Röntgenbefund: Stark gastritisch verändertes Schleimhautbild, wirre und verbreiterte Falten, große Kurve gezähnelt. In der Mitte der kleinen Kurvatur ist eine etwa bohnengroße Nische darstellbar. Gegenüber fingerförmige Einziehung der großen Kurve. Therapie: Ambulante Behandlung, Wahlkost, Progynon 1 ccm täglich. Nach den ersten 3 Injektionen keinerlei Änderung der Magenbeschwerden. Nach der 5. Injektion wesentliche Besserung, nach der 10. fast völlige Beschwerdefreiheit. Besserung des Allgemeinbefindens. Leichte Schmerzhaftigkeit und Schwellung der Brustwarzen nach der 10. Injektion. Kurdauer mit Progynon 11 Tage. Röntgenbefund: am 23. Oktober: Nur geringe gastritische Veränderungen am Magen, das Ulcus ist auf Reiskorngröße zurückgegangen.

Fall 21:

R. G., 43 Jahre alt, Konditor. Familienanamnese o. B. Eigene Anamnese: Seit 1922 Magenbeschwerden. Die Beschwerden traten in Intervallen auf und waren besonders im Frühjahr und Herbst stärker. Nach einer Kur in Mergentheim 1933 vorübergehende Besserung der Beschwerden. Seit 1938 zunehmende Verschlechterung. 1—2 Stunden nach dem Essen, aber auch nachts treten kolikartige heftige Schmerzen in der Magengegend auf mit starkem Brechreiz. Ein Widerwille gegen bestimmte Speisen besteht nicht. Aufnahmebefund am 26. September 1939: Appetit schlecht, Stuhlgang unregelmäßig, im Stuhl Sanguis positiv. Druckschmerzhaftigkeit im Oberbauch, in der Mittellinie, etwas oberhalb des Nabels. Magensäurewerte: 72/85. Im Magensaft Sanguis positiv. BSR. 17/34. Röntgenbefund: Magen o. B. Bulbus zeigt stark vorspringende Recessi. Bulbus im ganzen stark deformiert, an der Hinterwand des Bulbus ist eine deutliche Nische mit einstrahlenden Falten erkennbar. Therapie: Wahlkost, keine Bettruhe, Progynon. Im ganzen 18 Injektionen anfangs täglich, später jeden zweiten Tag. Kontrolldurchleuchtung am 17. Oktober 1939: Das Ulcus dicht oberhalb der Bulbusbasis an der Hinterwand ist noch deutlich dar-

stellbar. Nach den ersten 3 Injektionen trat bei dem Patienten völlige Beschwerdefreiheit auf. Patient verträgt alle Speisen und fühlt sich wohl. Kurdauer mit Progynon 21 Tage. Röntgendurchleuchtung am 26. Oktober 1939: Ulcus an der Bulbusbasis noch nachweisbar. Gegenüber der früheren Durchleuchtung ist es aber kleiner geworden, Subjektiv völliges Wohlbefinden.

Fall 22:

M. K., 32 Jahre alt, Ehefrau. Familienanamnese o. B. Eigene Anamnese: Seit 7 Jahren Magenbeschwerden, die in Stärke und Dauer sehr wechseln. Im Juli 1938 starke Zunahme der kolikartigen Schmerzen im Oberbauch, die fast ständig vorhanden waren. Es bestand damals sehr häufiges Erbrechen. Klinikbehandlung im Juli 1938: Röntgenologisch wurde damals eine hochgradige Gastritis, eine sehr starke Bulbusdeformation und ein Ulcus in Bulbusmitte festgestellt. Nach sechswöchiger Behandlung waren die gastritischen Erscheinungen zurückgegangen, ein Ulcus war nicht mehr nachweisbar. Nach der Entlassung war die Patientin anfangs beschwerdefrei, dann traten die Beschwerden erneut auf, besonders stark in den letzten 3 Wochen. Aufnahmebefund am 27. Sepember 1939: Allgemeinzustand sehr stark reduziert. Zunge belegt, trocken, Appetit schlecht, Verdauung obstipiert. Im Stuhl Sanguis negativ. Diffuser Druckschmerz unterhalb des Proc. x. Magensäurewerte 82/110. BSR. 10/28. Röntgenbefund: Magen o. B., hochgradig deformierter, sternförmiger Bulbus mit zentraler Nischenbildung. Auf den Serienaufnahmen ist die Nische an der Vorderwand gelegen. Therapie: Fleischfreie Wahlkost, Progynon, im ganzen 17 Injektionen, anfangs täglich, dann in zweitägigem Abstand. Kurdauer mit Progynon 22 Tage. Durch die Behandlung keinerlei Besserung der Beschwerden. Röntgendurchleuchtung am 20. Oktober 1939: Magen o. B. Am Bulbus ist an der Vorder- und an der Hinterwand je ein deutliches Ulcus mit einstrahlenden Falten zu erkennen. Absetzung der Progynonkur, Fortsetzung der Behandlung mit Sondenernährung, eventuell Operation geplant.

Fall 23:

J. G., 57 Jahre alt, Ehefrau. Familienanamnese: Eine Schwester leidet an einem Duodenalulcus. Eigene Anamnese: Seit Sommer 1938 Magenbeschwerden, die unabhängig von den Mahlzeiten auftreten. Seit 8 Tagen Verstärkung der Beschwerden. Aufnahme-

befund am 12. September 1939: Allgemeinzustand schlecht, Appetit schlecht, Stuhlgang unregelmäßig. Zunge belegt. Umschriebener Druckschmerz zwischen Nabel und Proc. x. Magensäurewerte 38/70. Im Magensaft Sanguis negativ. BSR. 20 mm. Röntgenbefund: Schwer gastritisch verändertes Schleimhautbild. In der Mitte der kleinen Kurvatur ist eine deutliche, etwa bohnengroße Nische darstellbar, auf die die Falten konvergieren. Bulbus o. B. Therapie: Ambulante Behandlung, Wahlkost, Progynon, anfangs täglich 1 ccm, dann in zweitägigem Abstande im ganzen 15 Injektionen. Nach den ersten Injektionen klagte die Patientin noch über geringe ziehende Schmerzen in der Magengegend. Nach Beendigung der Kur ist sie subjektiv völlig beschwerdefrei. Kurdauer mit Progynon 28 Tage. Als Nebenerscheinung trat eine geringe Schmerzhaftigkeit der Brustwarzen auf und eine geringe Genitalblutung 8 Jahre nach der Menopause. Röntgenbefund am 28. Oktober 1939: An der kleinen Kurve etwa hirsekorngroßer Breifleck. Serienaufnahmen zeigen einen angedeuteten Fleck mit konvergierenden Falten.

Fall 24:

A. P., 71 Jahre alt, Ehefrau. Familienanamnese o. B. Eigene Anamnese: Seit etwa 3 Jahren Magenbeschwerden, die etwa 2—3 Stunden nach dem Essen auftreten. Appetitlosigkeit, Erbrechen, Widerwillen gegen Fleisch und Fett. Seit 8 Wochen Verstärkung der Beschwerden. Befund am 17. Oktober 1939: Appetit schlecht, Stuhlgang obstipiert, starke umschriebene Druckschmerzhaftigkeit, etwa in der Mitte zwischen Nabel und Proc. x., etwas links von der Mittellinie. Senkung 22 mm. Magensäurewerte 32/54. Röntgenbefund: Schleimhautfalten des Magens verbreitert, große Kurve gezähnelt, kleine und große Kurve aber glatt. An der Vorderwand des Bulbus ist eine deutliche erbsengroße Nische darstellbar. Therapie: Ambulante Behandlung, Wahlkost, Injektion von Progynon täglich 1 ccm. Schon nach den ersten Injektionen ist die Patientin beschwerdefrei und hat keinerlei Magenschmerzen mehr. Kurdauer mit Progynon 11 Tage. Als Komplikation tritt eine leichte Mastitis auf. Röntgenbefund am 27. Oktober 1939: Gastritisch verändertes Schleimhautbild. Bulbus in allen Durchmessern glatt, ein Ulcus ist nicht mehr darstellbar, hingegen ist an der kleinen Kurve dicht oberhalb des Angulus eine kleine, etwa pfefferkorngroße Nische nachweisbar. Keine Gewichtszunahme.

Fall 25:

E. H., 61 Jahre alt, Ehefrau. Familienanamnese o. B. Eigene Anamnese: Seit 1933 Magenbeschwerden, die in krampfartigen Schmerzen etwa 1—2 Stunden nach den Mahlzeiten auftreten. Eine Röntgendurchleuchtung im Juli 1939 ergab ein Ulcus an der kleinen Kurve. Sie wurde damals mit Diät und Atropin behandelt. Nach vorübergehender Besserung erneutes Auftreten der Beschwerden im September 1939. Befund am 12. September 1939: Adipöse Frau. Zunge belegt, Appetit mäßig, Stuhlgang obstipiert. Magensäurewerte 30/46. BSR. 17. Im Oberbauch zwischen Proc. x. und Nabel leichter Druckschmerz. Röntgendurchleuchtung: Etwa in der Mitte der kleinen Kurvatur ist eine deutliche bohnengroße Nische darzustellen. Therapie: Wahlkost, Progynon, anfangs täglich, später in zweitägigen Abständen. Nach der 5. Injektion gibt die Patientin an, erstmalig nach dem Essen keinerlei Beschwerden mehr verspürt zu haben. Nach weiteren Injektionen wird sie allmählich vollständig beschwerdefrei. Kurdauer mit Progynon 25 Tage. Nach Beendigung der Kur, im ganzen 17 Injektionen Progynon, fühlt sich die Patientin völlig wohl. Gewichtszunahme 1,5 kg. Röntgendurchleuchtung: Das Ulcus ist nicht mehr nachweisbar. Die kleine Kurvatur ist völlig glatt.

Aus den angeführten Krankengeschichten geht hervor, daß die Sexualhormone Progynon und Testoviron einen deutlichen Einfluß auf die Heilung von Magen- und Zwölffingerdarm-Geschwüren haben. Von den 25 behandelten Patienten sind 13 sowohl klinisch als auch röntgenologisch völlig geheilt. 9 Patienten sind subjektiv vollständig beschwerdefrei, röntgenologisch ist ein Ulcus aber noch nachweisbar. 1 Patient, der sich subjektiv vollständig wohl fühlt, konnte nicht nachdurchleuchtet werden. 2 Patienten sind durch die Behandlung weder klinisch noch röntgenologisch beeinflußt worden.

Die geheilten Patienten geben übereinstimmend an, daß sie schon nach wenigen Injektionen ein deutliches Nachlassen der Beschwerden verspürten. Nach weiteren Injektionen tritt dann völlige Beschwerdefreiheit auf. Im Prinzip injizierten wir 10000 Einheiten Progynon, bzw. 1 ccm Testoviron anfangs täglich, dann in zweitägigen Abständen. Dabei ist zu bedenken, daß die Patienten gemischte Kost zu sich nahmen und keine Bettruhe einhielten.

zum Teil sogar ambulant behandelt wurden. Der Heilerfolg ist unter diesen Voraussetzungen also ausgezeichnet. Die Injektionskur mit Sexualhormonen hat gegenüber der diätetischen Behandlung den großen Vorteil, daß sie relativ kurz, sehr leicht und ohne größere Belästigungen für den Kranken durchgeführt werden kann. Die recht langwierige und teure Diättherapie kann man also unter Umständen wegfallen lassen.

Die Erfolge der Sexualhormon-Therapie beruhen wahrscheinlich auf einer echten Gefäßwirkung. Jedenfalls handelt es sich nicht um eine Reizkörpertherapie durch Proteinkörper, wie sie Holler mit Vakzineurin und Pribram mit Novoprotein durchführten, weil die Sexualhormone als Abkömmlinge der Sterine eiweißfrei sind. Dadurch entfällt bei der Hormontherapie auch die Gefahr der Reizkörpertherapie, etwa latente Infetionsherde zum Aufflackern zu bringen.

Behandelt wurden mit Progynon sowohl Männer als auch Frauen, mit Testoviron bisher nur Männer. Der Versuch, Ulcera ventriculi oder duodeni bei Frauen mit Testoviron zu behandeln, unterblieb bisher, da nicht so viel Kranke zur Verfügung standen. Im ganzen haben wir den Eindruck, daß Ulcera auf Progynon besser ansprechen als auf Behandlung mit Testoviron. Da es statistisch erwiesen ist, daß Frauen weniger von Magengeschwüren befallen sind als Männer, so könnte man dabei vielleicht an eine Schutzwirkung des Follikulins denken.

Als Nebenerscheinung sahen wir in einigen Fällen eine Rötung und Schwellung der Brustwarzen sowohl bei Männern als auch bei Frauen, die nach Absetzung der Hormontherapie wieder abklang. In zwei Fällen kam es nach der Progynonbehandlung zu einer echten Uterus-Schleimhautblutung im Klimakterium. Die eine, jetzt 54jährige Patientin war vor 9 Jahren wegen hochgradiger Unterleibsblutungen röntgenbestrahlt worden, die andere, jetzt 57jährige Patientin befindet sich seit 8 Jahren im Klimakterium.

Andere Nebenerscheinungen sind nicht beobachtet worden.

Zusammenfassung

Es wurde in dieser Arbeit über die ausgezeichneten Heilerfolge bei Ulcus ventriculi und duodeni mit Progynon- und Testovironinjektionen berichtet.

Herrn Professor Dr. Parade bin ich für die Überlassung des Themas dankbar.

Literatur-Verzeichnis

Ammon und Dirscherl: Fermente, Hormone, Vitamine. Thieme, Leipzig 1938.

Arndt: Zur Therapie extragenitaler Störungen mit Sexualhormonen. Wiener Medizinische Wochenschrift 1939, Nr. 9.

Aschoff: Lehrbuch der pathologischen Anatomie 1936. Gustav Fischer, Jena.

Baake: Die Proteinkörpertherapie bei Magen- und Duodenalulcus. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. 38, Heft 3, S. 404. 1925.

K. H. Bauer: Über die Lokalisation und Entstehung der Magengeschwüre. Deutsche Medizinische Wochenschrift 1920, S. 1136.

K. H. Bauer: Über das Wesen der Magenstraße. Archiv für Klinische Chirurgie Bd. 124, S. 565. 1923.

K. H. Bauer: Zur Pathologie und Klinik des Magengeschwürs. Med. Sektion der Schles. Gesellschaft für vaterländische Cultur, Breslau. Ref. a. d. Klin. Wochenschrift, 16. Jahrg. Nr. 46, S. 16/27.

v. Bergmann: Lehrbuch der Inneren Medizin. Springer 1936.

v. Bergmann: Medizinische Klinik 1935, Nr. 27.

Bernhardt: Beobachtungen bei der Verwendung des weiblichen Sexualhormons in der internen Therapie. Dissertation, Berlin 1939.

Boggian: La Cura Medica dell'ulcera gastro-duodenale con particulare riguardo all'impiego della follicolina e dell'acido ascorbico. Gazetta degli Ospedali e delle Cliniche 1939, Nr 36.

Brugsch: Lehrbuch der Inneren Medizin. Urban und Schwarzenberg. 1936.

Brugsch: Die Wirkung der Sexualhormone. Referat i. d. Medizinischen Mitteilungen Jahrgang 10, Heft 4.

Butenandt: Untersuchungen über das weibliche Sexualhormon. Weidmannsche Buchhandlung, Berlin 1931.

Clauberg: Die weiblichen Sexualhormone. Springer 1933.

Dennig: Die Blutdruckerhöhung und ihre Behandlung. Med. Welt 1938, Nr. 47.

Filip: Klinische Erfahrungen mit der Follikulin- und Progestinbehandlung der männlichen Arteriosklerose. Verhandlung der Deutschen Gesellschaft für Kreislaufforschung, X. Tagung, Bad Nauheim 1937. Steinkopff.

Fischer: Die weiblichen Sexualhormone. Med. Welt 1936, Nr. 13.

Gutzeit: Zur Genese entzündlicher und geschwüriger Magen-Darm-Krankheiten und zur Rückwirkung dieser Erkrankungen auf den Gesamtorganismus. Medizinische Klinik 1935/45/46.

Gutzeit und Teitge: Die Gastroskopie. Lehrbuch und Atlas. Urban und Schwarzenberg, 1937.

Handbuch der Inneren Medizin. Springer, 1938, Band 3.

Heimberger: Zeitschrift für Chirurgie 1924, Bd. 187, S. 33.

Henssge: Die Beseitigung vasoneurotischer Störungen durch Testoviron und eine vergleichende Darstellung über die Wirkung männlicher Hormone. Ärztliche Korrespondenz 1937, Heft 21.

Herxheimer: Grundriß der Pathologischen Anatomie. Bergmann 1922.

Hitzenberger: Zur Therapie der Erkrankung der peripheren Gefäße. Medizinische Klinik 1937, Nr. 28.

Hochrein: Zur Erkrankung und Beurteilung der Angina pectoris. Med. Welt 1939, Nr. 1.

Holler: Die Reizkörpertherapie des Ulcus ventriculi und duodeni. Med. Klinik 1924, Nr. 28, S. 904.

Holler: Klinisch experimentelle Studien als Grundlage für die Proteinkörpertherapie des Ulcus ventriculi und duodeni. Archiv für Verdauungskrankheiten, B. 32, H. 3/6, 1922.

Korbsch: Heilung von Magenulcera durch Follikulinhormon-Injektionen. Deutsche Medizinische Wochenschrift April 1937.

Kuhn und Borchardt: Unspezifische Wirkung der weiblichen Sexualhormone. Pflügers Archiv, Band 230.

Lippross: Ergebnisse der Behandlung mit männlichen Keimdrüsenhormonen. Münchener Med. Wochenschrift 1938, Nr. 43, Seite 1668.

Marx: Über die Entstehung und Behandlung der Hochdruckkrankheit. Zentralblatt für ärztliche Fortbildung 1937, Nr. 22, Seite 650.

Munk: Zur sogenannten Hochdruckkrankheit. Med. Klinik 1937, Nr. 36, Seite 1192.

Müller: Die feinsten Blutgefäße des Menschen. 1939, Ferdinand Enke.

Neue Deutsche Klinik, Band 6. Kalk: Magen- und Duodenalgeschwüre.

Nydahl: Die Wirkung des Follikelhormons auf die menschlichen Kapillaren. Dissertation, Berlin 1939.

Pribram: Parenterale Reizbehandlung des Magen-Duodenalgeschwüres. Med. Klinik 1922, Nr. 30.

Ratschow und Klostermann: Experimentelle Befunde zur Gefäßwirkung der Sexualhormone und Beziehungen zur Klinik der peripheren Durchblutungsstörungen. Zeitschrift für Klinische Medizin, 135. Band, Heft 2.

Ratschow: Die peripheren Durchblutungsstörungen. Steinkopff 1939.

Regelsberger: Archiv für Verdauungskrankheiten, 1917, B. 23, Heft 3.

Sausse: Der Einfluß des weiblichen Sexualhormons auf das Gefäßsystem der Haut bei perkutaner Anwendung. Dissertation, Berlin 1939.

Scherf: Über das Elektrokardiogramm bei Störungen der Ovarialtätigkeit. Klinische Wochenschrift 1938, Heft 2, Seite 44.

Schmidt: Proteinkörpertherapie bei Erkrankungen des Digestionstraktus und des Stoffwechsels. Med. Klinik 1924, Nr. 248, S. 1678.

Schneider: Morbus Raynaud. Kölner Dermat. Gesellschaft, Sitzung vom 27. 1. 1938. Derm. Wochenschrift 1938, Nr. 15, Seite 420.

Schulz: Die Behandlung der Ulcerationen am Magen-Darmtraktus mit weiblichem Sexualhormon. Medizinische Klinik 1939, Nr. 27, Seite 914.

Steinach, Kun und Perzenik: Wiener Klinische Wochenschrift 1936, Heft 29; Wiener Klinische Wochenschrift 1938, Heft 3—5.

Teitge: Die Behandlung der Endarteriitis obliterans und des Ulcus cruris mit Sexualhormonen. Medizinische Klinik 1937, Heft 35, Seite 1153.

Veil und Lippross: Unspezifische Wirkung der männlichen Keimdrüsenhormone. Klinische Wochenschrift 1938, Heft 19, Seite 655.

Vogt: Behandlung peripherer Durchblutungsstörungen mit Follikelhormon. Fortschritte der Therapie 1939, Heft 3.

v. Zarday: Follikelhormon als Kreislaufmittel.

Lebenslauf

Als Sohn des Kaufmanns Josef Mutke und seiner Ehefrau Helene, geb. Haubitz, wurde ich am 25. März 1912 in Leobschütz OS. geboren. Ich besuchte die Volksschule und anschließend das Staatl. Woyrsch-Gymnasium in Leobschütz, das ich 1932 mit dem Reifezeugnis verließ. Dann studierte ich Medizin an den Universitäten: Innsbruck, Rostock, Berlin, Freiburg i. Br. und Breslau. Mein Physikum legte ich in Rostock am 29. Oktober 1934 ab, mein Staatsexamen bestand ich an der Universität Breslau am 29. September 1938. Als Medizinalpraktikant war ich an Dr. Köhlers Sanatorium und der Staatl. Rheuma-Heilanstalt in Bad Elster 8 Monate, anschließend 4 Monate an der Medizinischen Universitäts-Poliklinik in Breslau tätig. Meine Bestallung als Arzt erhielt ich am 1. Oktober 1939. Seitdem bin ich als Vol.-Assistent an der Medizinischen Universitäts-Poliklinik Breslau beschäftigt.